FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1947

THÈSE

N° 637

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

ALBERT DOURDET

Né le 31 Mai 1922, à Sauviat-sur-Vige (Hte-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le..... 2 JUIL. 1947 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SUPPURATIONS PULMONAIRES DUES AU STAPHYLOCOQUE DORÉ

Président : M. ETIENNE BERNARD, *Professeur.*

PARIS
Imp. Anc. Ets BLANCHARD
24, rue Ménilmontant, 24
1947

2 JUIL 1942

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : **DOURDET**

Prénoms : **Albert-Jean.**

Date de Soutenance : .....

Numéro d'ordre : .....

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

DOURDET (Albert-Jean). — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires dues au Staphylocoque doré. — Paris, Imp. Anc. Ets Blanchard, 1947, *in*-8°, 32 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris*, 1947, *N*°.....).

DOURDET (Albert-Jean). — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires dues au Staphylocoque doré. — Paris, Imp. Anc. Ets Blanchard, 1947, *in*-8°, 32 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris*, 1947, *N*°.....).

DOURDET (Albert-Jean). — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires dues au Staphylocoque doré. — Paris, Imp. Anc. Ets Blanchard, 1947, *in*-8°, 32 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris*, 1947, *N*°.....).

DOURDET (Albert-Jean). — Contribution à l'étude des suppurations pulmonaires dues au Staphylocoque doré. — Paris, Imp. Anc. Ets Blanchard, 1947, *in*-8°, 32 *p.*

(*Thèse Médec.* (*Et.*), *Paris*, 1947, *N*°.....).

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1947 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

ALBERT DOURDET

Né le 31 Mai 1922, à Sauviat-sur-Vige (Hte-Vienne)

Présentée et soutenue publiquement le.....19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES SUPPURATIONS PULMONAIRES DUES AU STAPHYLOCOQUE DORÉ

Président : M. ETIENNE BERNARD, *Professeur.*

PARIS
Imp. Anc. Ets BLANCHARD
24, rue Ménilmontant, 24
1947

DOYENS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOIN, ROUSSY

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUBERTIN, BALTHAZARD, BASSET, BAUDOIN, BESANÇON, BRINDEAU, CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, CLERC, A. COUVELAIRE, DELBET, HARTMANN, HEITZ-BOYER, JEANNIN, LAIGNEL-LAVASTINE, LAUBRY, LEMIERRE, LENORMAND, MARION, MULON, OMBREDANNE, ROUSSY, ROUVIERE, SANNIE, SEBILEAU SEZARY, TANON

DOYEN ..... Léon BINET

ASSESSEUR ..... Jean VERNE

I — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ff OLIVIER
Anatomie pathologique	LEROUX
Assistance Médico-sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL
Biologie médicale	VERNE
Chimie médicale	POLONOVSKI
Clinique de cardiologie	DONZELOT
Cliniques chirurgicales	BROCQ CADENAT MONDOR QUENU
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie.	LEVEUF
Clinique chirurgicale orthopédique	MATHIEU
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique des maladies cutanées et syphiliques.	GOUGEROT
Clinique des maladies des enfants	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	ff MOLLARET
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Cliniques médicales	BENARD (H.) CHABROL HARVIER LIAN
Clinique médicale propédeutique	P. VALLERY-RADOT
Clinique de Neuro-chirurgie	VINCENT (Cl.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL LEVY-SOLAL PORTES
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Clinique thérapeutique médicale	LOEPER
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (Et.)
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	ALAJOUANINE
Histologie	CHAMPY
Hydrologie thérapeutique et climatologie	BESANCON (Just.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA
Hygiène et médecine préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DUVOIR
Médecine légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT (E.)

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

	MM.
Pathologie chirurgicale	PETIT-DUTAILLIS
Pathologie exotique	LAVIER
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE
Pathologie médicale	MOREAU
Pathologie et thérapeutiques générales	ff DE GENNES
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD
Physiologie	BINET (Léon)
Problèmes alimentaires (chaire à titre person.)	RICHET
Puériculture	LELONG
Radiologie médicale	DESGREZ (Henri)
Stomatologie	DECHAUME
Physique médicale	STROHL
Technique chirurgicale	MOULONGUET
Thérapeutique	LAROCHE (Guy)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

DOGNON (*Physique médicale*), GAILLARD (*Parasitologie*), HALPHEN (*O. R. L.*), JAYLE M (*Chimie médicale*), Mlle J. LEVY (*Pharmacologie*), OLIVIER (*Anatomie*).

II — AGREGES EN EXERCICE

	MM.
Anatomie	CORDIER DELMAS N... ff DEBEYRE
Anatomie pathologique	DELARUE Mlle GAUTHIER-VILLARS
bactériologie	BONNET FASQUELLE
Biochimie médicale	ETTORI SCHAPIRA
Dermato-Syphiligraphie	DEGOS
Histologie	COUJARD DESCLAUX
Hydrologie	DEBRAY
Hygiène	BOYER DEPARIS
Médecine légale	DESOILLE
Neurologie	DE SEZE
Obstétrique	DIGONNET MAYER SUREAU VARANGOT
Optalmologie	OFFRET
Oto-rhino-laryngologie	AUBIN
Parasitologie	BRUMPT (L. C.)
Pathologie chirurgicale	FEVRE HUGIER LEGER MERLE d'AUBIGNE PADOVANI PATEL ROUX RUDLER SICARD
Pathologie expérimentale	MERKLEN
Pathologie médicale	BROUET CACHERA DECOURT DREYFUS (Gilbert) FAUVERT

	MM.
Pathologie médicale (*suite*)	GARCIN
	HAMBURGER
	KOURILSKY
	LAMY
	LENEGRE
	MARCHAL
	MAURIC
	SOULIE
Pédiatrie	LAPLANE
	MARIE (Julien)
Pharmacologie	CHEYMOL
Physiologie	BARGETON
	PARROT
Physique médicale	DJOURNO
Psychiatrie	BARUK
Thérapeutique Agr. ch. d'ens.	BROUET
Urologie	COUVELAIRE (R.)

III — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*), LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

	MM.
Clinique chirurgicale	AMELINE
	BASSET
	DE GAUDART d'ALLAINES
	FUNCK-BRENTANO
	GATELIER
	MENEGAUX
Clinique médicale	BARIETY
	BOULIN
	CHEVALIER
	COSTE
	DE GENNES
	HAGUENAU
	MOLLARET
	MOUQUIN
	TURPIN
Clinique obstétricale	ECALLE
	LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	HALPHEN

V — CHARGES DE COURS

Radiologie ..... LEDOUX-LEBARD

	MM.
Secrétaire de la Faculté	J. MOREL
Secrétaire-adjoint	M. BRISSIAUD

Bibliothécaire en Chef ..... Docteur A. HAHN

Bibliothécaires : Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation, ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Dont la vie de droiture et de conscience professionnelle me montrera toujours l'exemple à suivre.

A MA MERE

D'un dévouement infini.

A MA TANTE

A MA FEMME

Dont l'aide constante fut pour moi d'un précieux secours.

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. BERNARD

Professeur de la Chaire de la Clinique de la Tuberculose
à la Faculté de Médecine de Paris,

Médecin des hôpitaux,

Officier de la Légion d'Honneur.

Avec ma respectueuse reconnaissance pour le grand honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE LEOBARDY

Médecin de l'Hôpital de Limoges,

Directeur de l'Ecole de Médecine de Limoges.

Qui m'a inspiré le sujet de cette thèse et qui m'a toujours témoigné de l'intérêt le plus amical, qu'il veuille trouver ici l'expression de ma respectueuse gratitude et de mon affection.

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE LIMOGES

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND

Chirurgien de l'Hôpital de Limoges.

MONSIEUR LE DOCTEUR FAURÈ

Chirurgien de l'Hôpital de Limoges.

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLAT

Médecin de l'Hôpital de Limoges.

MONSIEUR LE DOCTEUR DEMARTIAL

Médecin de l'Hôpital de Limoges.

MONSIEUR LE DOCTEUR MARTROU

Médecin de l'Hôpital de Limoges.

HISTORIQUE

Au début, les abcès du poumon à staphylocoques ne furent pas différenciés des autres abcès que LAENNEC considérait d'ailleurs comme une rareté.

En 1886, l'Américain CUSHING déclare avoir trouvé le staphylocoque dans le poumon.

De 1886 à 1911, CHAUFFARD, RAMON, J. HALLE, Armand BERNARD, HUTINEL, LABBÉ, MASIUS et BÉCO publient à ce sujet. Le professeur LEMIERRE, en 1904, affirme que le staphylocoque se révèle capable d'être la cause des grands abcès pulmonaires. A la même époque, FRAENKEL, en Allemagne, décrit l'abcès staphylococcique du poumon.

Toutefois, il faut attendre 1911 pour que APPERT et PORAK individualisent nettement l'abcès du poumon.

Puis SERGENT, KOURILSKY et GIROIRE mettent cette affection en relief.

De 1919 à 1923, les Américains soulignent l'importance du rôle joué dans les pneumopathies par le Staphylocoque.

En France, BESANÇON, JACQUELIN et CÉLICE publient une observation en 1927.

En 1928, c'est au tour de BOIDIN et FONTAINE d'apporter une publication au terme de laquelle ils concluent que la septicémie à staphylocoques se complique souvent de petits abcès pulmonaires, exceptionnellement de gros, et que le pronostic de ces abcès n'est pas forcément grave.

A dater de ce moment, les communications à ce sujet

sont de plus en plus fréquentes et, en 1935, Bondoux écrit une thèse très documentée, inspirée par le professeur Lemierre.

Durant ce même laps de temps, les étrangers ont signalé eux aussi des abcès du poumon dus au staphylocoque, et les auteurs anglo-américains vont jusqu'à leur attribuer une physionomie clinique propre. Butler et Perry, Collis, Foster Carter ont donné des articles en 1940, Fink en 1941.

En France, nous relaterons la très intéressante thèse de Baillet de 1944.

Ainsi, les suppurations pulmonaires dues au staphylocoque doré ont été signalées par différents auteurs : mais, en réalité, leur histoire est relativement récente, et n'occupe qu'une assez petite place dans la nosographie de ces affections, raison pour laquelle nous avons cru intéressant de rapporter cinq observations personnelles recueillies dans le service des Hôpitaux de Limoges, chargé d'appliquer le traitement par la Pénicilline.

RAPPORT DES CAS

OBSERVATION I

Monsieur Dur..., 48 ans, vient nous trouver le 10 janvier 1946. Depuis juillet 1945, il maigrit et fait un peu de fièvre. Il a présenté, pendant le courant du mois d'août des symptômes de bronchite avec toux et expétorations importantes ; mais surtout une laryngite tenace qui lui a fait consulter plusieurs spécialistes. L'un d'eux, nous adresse ce malade, parce qu'il croît à une laryngite tuberculeuse.

A son entrée dans le service, le sujet a perdu 11 kilogs, il n'a pas d'appétit, il est complètement aphone.

L'examen clinique ne montre rien d'anormal. Mais un film révèle une image bronchopneumonique bilatérale à prédominance droite.

La température est peu élevée, oscillant aux alentours de 38°.

L'examen des expectorations qui sont très abondantes et très purulentes, répété tous les jours pendant 15 jours, se montre constamment négatif pour le B. K.

Le sujet est mis au repos, au silence et aux balsamiques usuels. L'amélioration se fait progressivement ; les phénomènes laryngés disparaissent les premiers ; mais les films successifs se modifient peu et l'expectoration reste assez abondante et purulente. On pense alors à faire l'identification des germes ; elle montre des crachats riches en staphylocoques dorés.

Dès que la culture de l'expectoration nous a révélé la présence en abondance de staphylocoques dorés, nous avons institué un traitement par la Pénicilline. Après 1.200.000 unités, en injec-

tions intramusculaires, le malade ne crache plus et ne tousse plus. Il a repris 12 kilogs, mais le film montre encore des ombres assez importantes du côté droit.

Cet homme a repris son travail deux mois après environ ; nous l'avons revu en octobre 1946. Il était dans un état général parfait et nous a dit ne plus avoir toussé, ni craché, après avoir quitté l'hôpital. Nous l'avons alors passé à la Radioscopie qui nous a montré des ombres bilatérales, toutes de très petit volume, donnant l'image d'une grisaille assez diffuse.

En janvier 1947, la radiographie nous a montré que le champ pulmonaire gauche était entièrement nettoyé, cependant que des tâches assez dissiminées, floues et de peu d'étendue, persistaient à droite.

OBSERVATION II

Mlle V..., jeune coiffeuse de 18 ans s'est toujours bien portée et n'a comme antécédents que la mort de son père, par éthylisme suraigu.

Depuis une quinzaine de jours, elle se sentait fatiguée et, le 10 mai 1946, elle s'alite avec de la fièvre et de la céphalée.

La température, par un escalier progressif s'installe et se maintient à 39°, 40°. La céphalée disparait en 4 ou 5 jours, mais il existe des troubles digestifs d'ailleurs très légers, qui font penser à une fièvre typhoïde. Plusieurs hémocultures et sérodiagnostics sont pratiqués; tous sont négatifs. La température qui est de 38° 4 le 15 mai, c'est-à-dire 5 jours après que la jeune fille se soit mise au lit, descend aux environ de 37° 7 le 16 mai pour tomber à 37° 2 le 17 au matin. Mais, dès le soir, elle atteint de nouveau 39° 2 et va alors osciller entre 39° et 40°.

Une cuti-réaction est négative ; malgré cela, Mademoiselle V... est envoyée à la Clinique le 24 mai avec le diagnostic de typhobacillose.

Elle est alors sans force et ne présente aucun appétit.

Bien qu'il n'y ait eu aucun signe fonctionnel ou sthétacoustique attirant l'attention sur l'appareil pulmonaire, une radiographie systématique est pratiquée le 25 mai. Elle révèle une *vaste plage d'ombre homogène et très dense, occupant tout le lobe supérieur du côté droit.*

Dès le lendemain, la malade tousse et commence à expectorer des crachats très purulents.

L'examen bactériologique montre l'absence de B. K., de pneumocoques et une culture pure de staphylocoques dorés.

Le traitement par la pénicilline est institué dès le 25 mai à raison de 200.000 Unités matin et soir, par voie intramusculaire. Il donne un résultat véritablement spectaculaire.

En 48 heures, la température revient à la normale. La toux cesse, ainsi que l'expectoration dès le 29 mai. De plus la malade qui était sans forces veut se lever, elle a un appétit insatiable,

et, au bout de 12 jours, l'énorme plage *d'ombre du sommet droit* a presque totalement disparu.

Du 25 mai au 29 mai, jour où l'expectoration et la toux se tarirent, la malade reçut 2.000.000 d'Unités de Pénicilline.

Le30, on lui fait encore ses 400.000 Unités par jour.

Du 31 mai au 4 juin elle reçoit 1.000.000 d'Unités, ce qui fait, qu'au total, elle a eu 3.400.000 Unités.

Une nouvelle radio datant du 30 juillet 1946 montre que le sommet droit est complètement nettoyé.

OBSERVATION III

M. P... est un jeune militaire chez lequel on a institué à Metz un penumothorax pour une lésion sous claviculaire droite constituée par des éléments polymorphes assez flous à tendance confluente — dont la nature tuberculeuse n'avait pas été prouvée par l'examen bactériologique des crachats.

Originaire de la région de Limoges, il est envoyé dans le Service de Phtisiologie militaire, dirigé par le médecin commandant B... à qui nous devons cette observation.

A peine arrivé P... fait un anthrax phlegmonneux de la face à staphylocoques dorés (3-10-45).

On lui injecte 100.000 Unités de Pénicilline par jour.

Le 8 octobre, après avoir reçu 500.000 Unités il était très amélioré.

Il restait toutefois subfébrile et assez déprimé. Or, ce même jour, il ressentit un point de côté à la base droite.

Le 9-10-45.

Des signes apparaissent du côté droit, à la base, de la matité avec diminution des vibrations, quelques râles fins ; on porte le diagnostic de congestion pulmonaire.

La température est oscillante entre 38° 5 - 39° 5, le malade tousse et crache beaucoup, et un cliché tiré le 15 octobre 1945 révèle des modifications considérables de l'image précédemment observée.

A droite.

Il existe une diminution générale de la transparence du champ avec voile franc baso-axillaire traduisant une réaction pleurale avec possibilité d'exsudat. Sous la clavicule, on note une perte de substance arrondie, de la taille d'une grosse noix.

A gauche.

4 images hydro-aériques de dimensions variables s'étagent de la région sous-claviculaire à la base.

Des examens de crachats répétés montrent l'*absence constante de B. K. et une grande richesse en staphylocoques dorés.*

Du 10 octobre au 18 octobre, P... absorbe d'assez fortes doses

de sulfamides mais sans aucun effet si ce n'est de provoquer de l'intolérance gastrique

Du 19 octobre au 6 novembre, le traitement est uniquement symptomatique, calmant et tonique habituel.

Le 7 novembre, chez ce malade très affaibli, survient une expectoration muco-purulente abondante s'évacuant par vomiques fractionnées.

Le malade est remis à la Pénicilline à raison de 100.000 Unités par jour, en intramusculaire, et ce, pendant 10 jours.

Le traitement se révèle parfaitement inefficace.

Le 16 novembre, on reprend une sulfamidothérapie réduite ; sans résultat.

Le 20 novembre :

Une nouvelle analyse de crachats montre l'absence de B. K. et la présence de rares cocci prenant le Gram, disposés en amas

Le 24 novembre :

Nouvelle vomique.

Le 6 décembre :

Une ponction de la base droite permet de retirer un liquide purulent jaune, bien lié, renfermant des polynucléaires très altérés et des staphylocoques dorés.

Le 7 décembre :

A la suite d'une pleurotomie on retire un litre d'un pus bien lié.

100.000 Unités de Pénicilline sont injectées localement dans la plèvre ; et on associe 100.000 Unités par voie générale.

En 7 jours, le soldat reçoit ainsi 800.000 Unités de Pénicilline sans aucun profit.

A dater de ce moment le malheureux militaire va entrer dans une longue période d'agonie et il mourra, 3 mois après son entrée dans le service, après avoir fait une série de véritables abcès anthracoïdes des poumons.

OBSERVATION IV.

Ce cas est intéressant parce qu'il ouvre la discussion de l'indication du pneumothorax dans les pneumopathies inflammatoires.

M. J. L..., externe dans le service de M. Amenille, est pris vers le 8 juin 1945, d'une asthénie importante s'intensifiant au moindre effort, rendant très pénible la montée d'un escalier, en même temps que se manifestent des sueurs très abondantes, sans horaire fixe, une température à 38° 5 le soir et de l'ordre de 37° 5 le matin.

Il n'existe pas d'autres signes, à l'exclusion d'un coryza banal qui avait été chronique durant l'hiver.

Les jours suivants, les signes généraux restent les mêmes, mais le 11 juin apparaît une toux sèche, presque incessante, empêchant le sommeil, et qui, dans la nuit du 12 au 13, va s'accompagner d'une expectoration purulente, survenue brusquement et d'emblée maxima, du volume d'un verre et demi à deux verres par 24 heures. Cette expectoration est jaunâtre et légèrement fétide.

Le mercredi 13 juin, dans le service du Docteur Ameuille, le Docteur Fauvet, frappé de la pâleur de J. L... procède à un examen radioscopique qu'on interprète comme *une ligne scissurale à la limite inférieure du lobe supérieur droit avec condensation périscissurale.*

Une radiographie pratiquée immédiatement après, permet de préciser cette image et montre que la condensation est faite de nodules plus ou moins confluents des plus suspects

Le film est alors montré au Docteur Ameuille qui fait procéder à des examens de crachats répétés.

Le premier examen s'avère négatif, et seul, ce résultat négatif, retient des phtisiologues de l'expérience de Messieurs Ameuille et Fauvet qui pensent à la possibilité de l'institution d'un pneumothorax.

L'examen bactériologique de l'expectoration qui est purulente et assez importante est pratiqué journellement les 13, 14 et 15

juin. Il montre l'*absence constante de B. K* même après homogénéisation, mais la présence d'une flore microbienne importante, presque exclusivement constituée par des cocci qui, directement et après culture, présentent le caractère de « Staphylocoques dorés ».

Une nouvelle radiographie, pratiquée le 16 juin, chez le Docteur Ameuille, montre exactement la même image que la radio précédente.

Le 18 juin :

M .J. L... part pour Limoges et, le 19 on commence un traitement par la Pénicilline à raison de 200.000 Unités par jour, par voie intramusculaire.

800.000 Unités amènent la chute de la température à la normale et une diminution très importante de l'expectoration, qui se tarira 8 jours après l'institution du traitement.

Enfin, un examen radiologique montre un nettoyage important des ombres pulmonaires qui disparaîtront d'ailleurs complètement au bout d'une quinzaine de jours. Seule, l'asthénie a subsisté quelques semaines.

Cet étudiant fait, 2 mois après, une furonculose généralisée parsemée d'anthrax. Une nouvelle cure de Pénicilline amène la guérison rapide de cette staphylococcie cutanée.

OBSERVATION V.

M. V..., 43 ans, boulanger ,rentre à la Clinique le vendredi 22 novembre 1946 parce qu'il présentait depuis le 24 octobre, une température ayant fait songer à une infection intestinale et qui n'avait cédé à aucun traitement.

En septembre, M. V... a eu une crise de furonculose qui lui a duré environ 3 semaines. Elle ne l'a pas empêché de poursuivre son métier, son appétit n'a pas été atteint.

Puis, vers le 17 octobre 1946, M. V... est pris d'une asthénie si importante qu'elle lui interdit bientôt de continuer à travailler. En même temps, M. V... perd totalement l'appétit. De plus, il est secoué, plusieurs soirs de suite, de frissons peu intenses mais répétés.

Le 24 octobre, il est obligé de s'aliter, sa faiblesse s'étant accentuée. La température est de 38° 6 le matin, 40° le soir.

Le Docteur R... qui le voit alors ne pose pas de diagnostic. Son confrère, le Docteur C... voit M. V... le 26 octobre alors que sa température oscille entre 38° 5 et 39° 5 Il lui fait prendre 12 grammes d'Adiazine en 3 jours, sans aucun résultat.

Il fait pratiquer un séro diagnostic qui sera négatif.

Du 30 octobre à la mi-novembre, le malade reste chez lui, soumis à un régime assez strict. Il s'affaiblit de plus en plus.

Le 18 novembre, M. V... rejette quelques très rares crachats purulents striés de sang. Son docteur, consulté, ne trouve absolument rien à l'examen physique, mais, le lendemain 19 novembre, il passe son malade à la radioscopie, qui lui fait voir des images anormales au niveau de la partie moyenne du poumon droit. Il conseille à M. V... d'aller trouver le Docteur De Léobardy.

A son entrée en Clinique, le 22 novembre, M. V... a un facies extrêmement pâle et nous sommes en présence d'un homme très affaibli. Il dit avoir maigri d'une façon considérable, sans pouvoir toutefois fournir d'autres précisions à ce sujet.

La température est de 39°6, le pouls à 110. Il existe une légère dyspnée et une toux fréquente.

L'expectoration qui n'est pas abondante, est purulente, non rouillée.

L'examen physique ne montre absolument rien d'anormal au point de vue pulmonaire, mais une radiographie révèle la présence, à la partie moyenne du poumon droit, de deux condensations pulmonaires, très proches l'une de l'autre, du volume d'une grosse noix, surmontées chacune d'une petite image cavitaire.

Un premier examen de crachats pratiqué le jour de l'entrée en Clinique montre l'*absence de B. K.*

Dans la nuit du 22 au 23 novembre, le sujet est pris d'une certaine dyspnée, et il rejette d'une manière fractionnée, une expectoration purulente qui s'élève à un verre et qui n'est pas fétide.

Le lendemain, 23 novembre, un nouvel examen de crachats montre à nouveau l'absence de B. K. Par contre, on note le fourmillement de nombreux cocci Gram positif. La culture nous fait voir des staphylocoques dorés à l'état de pureté et d'exclusivité.

Dès l'entrée de M. V... en Clinique, on lui fait 200.000 Unités de Pénicilline par jour, à raison d'une injection intramusculaire toutes les 3 heures.

La température tend alors à décroître progressivement et, le 27 novembre, soit 5 jours après l'institution du traitement, elle est de 37° 3 le matin et de 37° 6 le soir. Parallèlement, les forces du malade reviennent très vite et son appétit est extrêmement vif.

La toux a complètement disparu, le malade expulse encore quelques crachats muco-purulents.

Le 27 novembre :

Une radiographie montre la disparition des 2 petites cavités qui siègeaient au-dessus des abcès.

Quant aux ombres des abcès, elle sont en voie de disparition.

10 jours après l'entrée en Clinique, il n'y a plus ni fièvre, ni toux, ni expectoration.

Un examen radiologique révèle la complète disparition des ombres pulmonaires.

ETUDE CRITIQUE DE CETTE AFFECTION A LA LUMIERE DES PUBLICATIONS DES AUTRES AUTEURS ET DE NOS PROPRES OBSERVATIONS

Les Américains ont montré le rôle important joué par le Staphylocoque dans les pneumopathies et GREEN pense que s'il n'est pas mis plus souvent en évidence, c'est qu'il n'est pas recherché assez soigneusement.

Ces auteurs assignent même une physionomie clinique propre à l'Abcès du poumon à staphylocoques.

En France, on reconnaît que ces abcès sont de plus en plus fréquents — sans doute parce qu'on y pense davantage qu'autrefois et que partant on les dépiste mieux — mais on ne leur attribue pas une allure clinique particulière.

Le début est tantôt insidieux, tantôt brutal, prenant l'allure d'une infection généralisée, importante, d'allure rapide.

Les auteurs américains pensent que le début est plus souvent brusque, alors que les auteurs français le considèrent comme plus rare. Pour notre part, nous ne retrouvons cette brusquerie du début dans aucune de nos cinq observations ; nous observons au contraire un début insidieux qui est d'ailleurs fréquemment la cause d'erreurs de diagnostic.

Dans une publication de 1927, de MM. BESANÇON, JACQUELIN et CÉLICE, nous notons un début par phéno-

mènes digestifs que nous retrouvons dans notre observation n° II.

Il est classique de signaler la fréquence des localisations cutanées précédant l'apparition de l'abcès.

Les sujets qui font l'objet des deux observations de la thèse de Baillet présentaient tous deux, dans leurs antécédents, des crises de furonculose plus ou moins récentes.

Dans nos observations n°' III et V, nous avons dans les antécédents récents, d'une part, un anthrax phlegmonneux de la face, d'autre part, une crise de furonculose.

Une plaie qui s'est infectée peut être à l'origine de la septicémie à staphylocoques.

MM. Jean Berger et Wonus rapportent en 1938 le cas d'un homme de 38 ans, de bonne santé habituelle qui, à la suite d'un panaris, a fait une forme grave de staphylococcémie, avec de nombreuses déterminations pulmonaires.

La gravité des signes généraux, qui témoignent de la virulence de l'infection, est soulignée par presque tous les auteurs, et nos cinq observations nous l'ont également montrée.

Par contre, nous n'avons noté que des signes physiques extrêmement réduits : sur cinq cas, un seul de nos malades, le militaire a présenté des signes physiques.

Quant aux signes fonctionnels, les Américains s'accordent à dire qu'il existe une dyspnée très marquée. Plusieurs auteurs français retrouvent une dyspnée, à laquelle ils ne semblent pas attacher d'importance particulière. Notre malade de l'observation n° 5 présentait une légère dyspnée, les quatre autres n'étaient nullement gênés pour respirer.

Tout le monde est d'accord sur la fréquence et l'amplitude des oscillations dans les staphylococcies pulmonaires.

L'expectoration, muco-purulente, n'est presque jamais

fétide. La vomique, si elle a lieu, est le plus souvent une vomique fractionnée.

Le malade de MM. Besançon, Jacquelin et Célice a fait une vomique fractionnée qui lui a permis de rejeter en quelques heures 50 cc. d'une expectoration purulente. Il en est de même dans l'observation n° II de Baillet. Trois de nos malades ont fait également des vomiques fractionnées. Chez les deux autres, l'expectoration n'a pas pris l'apparence d'une vomique. Dans un cas, rapporté par MM. Boidin et Fontaine, la difervescence s'est produite à la suite d'une vomique abondante. Mais cette grande vomique est l'exception.

Après cette vomique, une détente se produit dans la majorité des cas.

La radiographie, si importante pour le diagnostic d'abcès du poumon, montre parfois des images hydro-aériques typiques, mais aussi souvent des images très différentes ou très dissemblables.

Un point absolument remarquable, sur lequel a insisté le professeur Lemierre, réside dans la fugacité extraordinaire des lésions pulmonaires. Dans ses cliniques, dans la thèse de Bondoux, il donne plus d'un exemple où l'on voit de gros foyers lobaires, des épanchements pleuraux et séso-fibrineux se résorber en quelques jours soit de façon définitive, soit pour récidiver. De plus, il ajoute que ces localisations pulmonaires sont souvent spontanément curables même quand elles semblent présenter un certain état de gravité. Et il rapporte un cas, observé avec M. le Professeur Etienne Bernard, où un homme, atteint de septicémie staphylococcique avec ostéite fémorale, subictère et foyers pulmonaires multiples et tenaces, s'accompagnant d'une expectoration purulente et hémoptoïque, n'en a pas moins très bien guéri.

De même le malade de MM. Besançon, Jacquelin et Célice, n'a présenté aucune séquelle radiologique, pas plus que les deux cas de Baillet dans lesquels la resti-

tution s'est faite une fois en quinze jours, l'autre fois en huit jours.

Trois de nos malades ont, eux aussi, présenté une parfaite et rapide restitution « ad integrum » et nous avons constaté la différence profonde entre ces abcès du poumon à staphylocoques où la labilité des images pulmonaires est remarquable, et les abcès à pneumocoques que nous avons en traitement dans le service et qui présentaient des ombres pulmonaires très importantes plusieurs semaines après la chute de la température et le retour à la normale de l'état général.

Enfin, au milieu de ce polymorphisme clinique et radiologique, il est un signe constant, capital, qui est fourni par le Laboratoire : c'est la présence dans cette expectoration muco-purulente du Staphylocoque doré à l'état de pureté. A l'examen direct, le germe peut être rare. Aussi, la culture systématique est-elle de bonne pratique. De plus, cet examen de laboratoire montre l'absence constante de bacilles de Koch, dans les nombreux cas où le malade est pris pour un tuberculeux. En ce qui concerne nos malades, le diagnostic de tuberculose pulmonaire nous était venu à l'esprit dans les cas I, III, IV et V. Et nous rappelons que des phtisiologues de l'expérience de MM. Ameuille et Fauvet avaient songé à créer un pneumothorax à leur jeune externe, en se basant sur l'aspect radiologique de son image pulmonaire et que seuls des examens de crachats négatifs les avait retenus. D'autre part, notre militaire de l'observation n° II avait une lésion sous claviculaire qui simulait tellement une caverne tuberculeuse qu'on lui a créé un pneumothorax sans avoir la preuve bactériologique de la nature tuberculeuse de sa lésion ; et il se peut que si, à ce stade précoce de sa maladie, on avait fait un diagnostic étiologique exact, une autre thérapeutique aurait modifié l'évolution de sa maladie.

C'est dire l'importance absolument capitale de l'examen bactériologique.

1) *Au point de vue diagnostic étiologique des abcès du poumon d'abord.*

Car un abcès tuberculeux pourra, comme les abcès à staphylocoques, donner :

— une atteinte grave de l'état général;

— une température oscillante;

— des signes fonctionnels, physiques et radiologiques absolument identiques,

et, seul, un examen bactériologique soigneux et répété pourra faire affirmer la nature staphylococcique de l'abcès.

2) *Au point de vue thérapeutique ensuite*, car la thérapeutique découlera du diagnostic bactériologique. Et s'il peut être de moindre importance de savoir si l'on a affaire à un abcès à pneumocoques, à streptocoques ou à staphylocoques, qui réagira également bien à un même traitement anti-infectieux, il est évidemment du plus haut intérêt de savoir si oui ou non l'abcès est d'origine tuberculeuse.

En ce qui concerne l'évolution de ces abcès, elle est variable.

Baillet fixe à 70 % le taux approximatif des guérisons. Quatre sur cinq de nos malades ont parfaitement guéri.

Cependant, nous devons signaler que :

— Cette évolution est souvent lente et que l'expectoration peut s'éterniser. Ainsi, chez le malade de MM. Jacquelin, Besançon et Célice, on notait encore une expectoration traînante huit mois après la suppuration et l'analyse des crachats montrait la persistance des staphylocoques.

— Des complications peuvent survenir, assez rares semble-t-il. Ce sont :

1) Des épanchements pleuraux séreux ou purulents (les plus fréquents);

2) L'ouverture de l'abcès dans la plèvre créant un pyopneumothorax qui assombrit le pronostic.

Pour notre part, chez quatre sur cinq de nos malades, nous n'avons relaté aucune complication. De même que nous n'avons jamais noté de passage à la chronicité.

En dehors des voies respiratoires, on a signalé des abcès métastatiques dans divers organes : le rein, le foie, le cerveau et les tissus, surtout les tissus cutanés.

En ce qui concerne le diagnostic positif de ces staphylococcies pulmonaires, il est assez difficile, cliniquement. Il sera parfois soupçonné lorsque le malade aura présenté dans ses antécédents des poussées de furonculose, des anthrax, ou aussi des pyodermites qui étaient rebelles à tout traitement. De même, certains signes cliniques seront-ils en faveur d'une staphylococcie pulmonaire : tels :

— la température très élevée et très oscillante ;

— l'état de prostration du malade.

Mais il faudra toujours recourir à l'examen bactériologique pour confirmer ce diagnostic, et nous ne reviendrons pas sur l'importance primordiale de cet examen.

Le diagnostic différentiel serait lui aussi hérissé de difficultés si l'on s'en tenait à la seule clinique.

Nous avons déjà dit l'importance du diagnostic avec la tuberculose pulmonaire, car très souvent, on a tendance à prendre ces malades pour des tuberculeux.

L'absence constante de B. K. à des examens de crachats répétés fixera la ligne de conduite.

Il faut évidemment discuter le diagnostic avec les autres abcès du poumon, à pneumocoques, à streptocoques, à pneumobacilles et autres germes susceptibles

d'engendrer des abcès : c'est encore le laboratoire qui nous guidera.

Un autre diagnostic est souvent évoqué, c'est celui des affections du groupe thyphique. Nous y avons songé 2 fois sur 5. Les hémocultures et sérodiagnostics négatifs font éliminer ce diagnostic.

Cependant, le fait qu'on puisse penser à une typhoïde en face d'un abcès du poumon à staphylocoques dorés illustre bien la pauvreté fréquente de cette pneumopathie en signes physiques et fonctionnels propres, « *et fait ressortir les bienfaits qu'on peut retirer d'une radioscopie systématique* ».

Nous ne ferons que citer le diagnostic avec les affections pulmonaires aiguës, banales, qui, au début, est presque impossible. L'évolution permettra de faire la différence.

Et pour terminer, nous signalerons que, quelquefois, on aura à discuter un abcès amibien ou un kyste hydatique, mais dans ces 2 cas les caractères particuliers à ces 2 affections, orienteront le diagnostic.

CONCLUSIONS

I. — Ces cas se sont présentés avec un grand polymorphisme aussi bien clinique que radiologique.

Leur lien commun a été la présence en grande abondance dans les expectorations du staphylocoque doré à l'état de pureté et d'exclusivité.

Certains de nos malades se sont présentés comme une tuberculose incipiens subfébrile tant au point de vue de la clinique que de l'image radiologique (cas n° I).

Dans d'autres cas ce fut avec l'aspect d'une maladie infectieuse simulant une affection du groupe typhique que, seule la radio a montré comme étant une affection pulmonaire (cas n° II).

II. — Dans tous les cas (on ne peut retenir le cas du militaire) la pénicilline s'est montrée très efficace, même à doses pas très élevées (800.000 unités en moyenne).

III. — Nous avons noté la parfaite et rapide restitution *ad integrum* des lésions, au point que, chez un sujet, malgré la perte de substance de la taille d'une orange, un mois après le début de son affection, il était impossible de reconnaître le poumon lésé.

IV. — Tous ces malades que nous avons revu après un intervalle qui varie de 1 an à 5 mois, ne présentent aucune séquelle d'aucune sorte, ni ombres résiduelles, ni fait important d'expectoration résiduelle.

Vu,
Le Doyen :
BINET.

Vu,
Le Président de Thèse :
Etienne BERNARD.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
Le Doyen de la Faculté des Sciences
chargé des fonctions de Recteur de l'Académie de Paris.
CABANNES.

BIBLIOGRAPHIE

Besançon, Jacquelin et Celice. — Abcès du poumon et staphylocoques dorés (*Bull. soc. med. des Hôp. de Paris* 3e *série LI* 1927, *p.* 94).

M. Boidin et J. Fontaine. — Grands abcès pulmonaires au cours d'une infection traînante à staphylocoques (Guérison spontanée) (*Bull. et Mem. soc. med. des Hôp. de Paris* 52 : 1149. 1154. 5 juillet 1928).

E. C. B. Butler et K. M. A. Perry. — Spontaneous pneumothorax complicating staphylococcal septicaemia (*Lancet* 2 : 619. 620. 16 novembre 1940).

A. Charrier et M. Ferradou. — Sur les abcès métastatiques du cerveau et du cervelet au cours des suppurations bronchopulmonaires (*Rev. de chir. Paris* 74 : 642. 688. Nov. 1936).

J. L. Collis et A F. Foster-Carter. — Spontaneaus pneumothorax and staphylococcal lung abscess in infant (*Lancet* I : 875. 876. 11 mai 1940).

A. A. Fink. — Staphylococcic actino-phytotic (botryomycotic) abscess of liver with pulmonary involvement (*Arch. Path.* 31 : 103. 107. Janvier 1941).

G. Giraud, P. Mas et P. Boisbeunet. — Abcès cérébral métastatique et réaction méningée puriforme aseptique, au cours d'une suppuration pulmonaire banale aigüe chez un porteur de tuberculose splénique (*Arch. soc. des sc. med. et Biol. de Montpellier* 19 : 479. 486. Septembre 1938).

J. Guerard et J. B. Jobin. — Septicémie à staphylocoque (*Bull. soc. med. des Hôp. Universitaires de Québec p.* 28. 31. Janvier 1936).

A. Hanant et J. Meline. — Suppurations pulmonaires à staphylocoques (*Gaz. Med. de France* 46 : 977. 982. 1-15 Décembre 1939).

P. Lereboullet, M. Lelong et F Benoist. — Abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson autovaccinothérapie vomique, guérison (*Bull. et Mem. soc. med. des Hôp. de Paris* 54 : 1284. 1289. 21 juillet 1930).

E. Lesne, C. Launay et R. Lancon. — Volumineux abcès du poumon à staphylocoques dorés chez un nourrisson de trois semaines (*Bull. soc. de pédiat. de Paris* 32 : 180. 185. Mars 1934).

Marshall M. S. et Brunn. — Bacteriology of pulmonary abscess (*Arc. surg.* XXVI, *P.* 225. Février 1933).

W. F. Moore et J. W. Love. — Preliminary report on clinical application of polyvaent staphyloccoccus bacteriophage in bronchoscopy (*Am J. M. Sc.* 189 : 91. 95. Janv. 1935).

J. Mulder. — Hematogenic staphylococcic infections of lung (*Nederl. tijdschr. v. geneesk* 82 : 5547. 5554. 19 Nov. 1938).

J. C. Navarro et F. A. Bourdet. — Abceso metastasico de pulmon en un lactante (*Arch. argent. de pediat.* 4 : 424. 439. Juin 1933. *Semana med.* 2 : 596. 604. 31 août 1933).

Nobecourt et P. Ducas. — Abcès à staphylocoques du poumon chez un nourrisson de 15 mois (*Bull. soc. de pèdiat de Paris* 32, 257.263. Mai 1934).

R. A. Piaggio Blanco et F. Salveraglio. — Manifestaciones pulmonares en las septicopiohémias estafilococcicas (*Rev. de tuberc. d'Uruguay* 8 : 12-17-1939).

Reimann H. A. — Primary staphylococcie pneumonia (*Journ. Am. Méd Ass. Chicago XI*, p. 514, 12 août 1933.

A. J. et J. C. Rey. — Septicémia estafilococcisa atenuada ; absceso de pulmon osteomielitis cervical (*Rev. de pat. infec. I* : 458.474. Février 1936).

Richon et Barthelemy. — Abcès pleural à staphylocoques (*Rev. méd. est XLIX*, 1921, 385).

Stoner O. — Staphylokokkus pneumonie als symptom einer avitaminn (*Mitt. a ; d. geh. d. Lebensmit.* 1929 XX, p. 283).

Baillet. — Ses abcès staphylococciques du poumon. *Thèse de Paris* 1944.